RIMAC Seguros

Solicitud de Seguro Médico - Formación Laboral

Datos del contratante

Nombre o Razón Social:

Nº de RUC:

Domicilio:

Teléfono: Distrito:

Provincia: Departamento:

Nombre del corredor:

Sueldo máximo aplicable

○ **PLAN A** (S/ 642) ○ **PLAN C** (S/. 1,287) ○ **PLAN E** (S/. 2,571)
○ **PLAN B** (S/. 858) ○ **PLAN D** (S/. 1,899) ○ **PLAN F** (S/. 3,000)

Actividad del Titular: ○ Administrativa: ○ Manual Técnico ○ Alto Riesgo

Datos del asegurado

Apellido paterno:

Apellido materno:

Nombres:

Documento de identidad: D.N.I. ○ Otro ○ Nº

Fecha de nacimiento: Peso (kg.):

Talla (mt) Sexo: F ○ M ○

Beneficiario(s) para la indemnización de muerte accidental del Titular

Apellidos y Nombres	% de capital	Parentesco	Fecha de nac.

Forma de Pago

1) Forma de Pago: ○ Contado

2) Tipo de Facturación: ○ Mensual ○ Bimensual ○ Trimestral
○ Cuatrimestral ○ Semestral ○ Anual

COD. 118261 (210 B X 50) FEBRERO 2009

Declaración de Salud

Alguno de los solicitantes ha padecido o padece, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha recibido tratamiento por alguna de las enfermedades o dolencias descritas a continuación:	Titular
1. ¿Derrame o infarto cerebral, aneurisma, epilepsia, cisticercosis, parálisis, parkinson, esclerosis múltiples, SIDA, lupus, deformidad o mutilación de algún miembro o limitación física o alguna otra enfermedad del sistema nervioso o en el cerebro, enfermedad psicológica o psiquiátrica, enfermedad autoinmune o del tejido conectivo u otra enfermedad crónica o grave?	Si ○ No ○
2. ¿Asma, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, neumonía, tuberculosis, gastritis, esofagitis, divertículos, vúlcera, hemorroides, cálculos, o alguna otra enfermedad del aparato respiratorio, digestivo, urinario, o del hígado, vesícula, páncreas, vejiga, próstata, uretra, piel, oído, ojos, riñones, o de algún otro órgano o hernia de algún tipo ?	Si ○ No ○
3. ¿Presión arterial alta, colesterol o triglicéridos altos, arritmia, angina de pecho, infarto, varices, diabetes mellitus, hipo o hipertiroidismo, tumores u otra enfermedad cardiovascular, endocrinológica, oncológica, ginecológica o de la mama, huesos, articulaciones, músculos o columna vertebral, de la sangre?	Si ○ No ○
4. ¿Insuficiencia renal, agenesia renal glomerulonefritis, hepatitis (indicar tipo), quistes, enfermedad congénita, transplante de órganos, consumo de drogas, alcohol, estupefacientes o hipnóticos?	Si ○ No ○
5. ¿Tiene algo adicional que declarar sobre el estado de salud o estado físico de algunos de los solicitantes, que no esté incluido en alguna pregunta de esta solicitud?	Si ○ No ○

Agradeceremos, que todas las preguntas que han sido contestadas afirmativamente sean detalladas en el siguiente recuadro:

Nombre completo del solicitante (titular o dependiente)	Nº Pregunta	Diagnóstico de la enfermedad dolencia o tratamiento	Indicar si hubo cirugía	Resultado del tratamiento o cirugía y estado actual	Nombre de Clínica / Médico tratante	Fecha de la atención

Declaración Jurada del Asegurado

Declaro que las respuestas dadas en la presente solicitud y en particular las referidas a la Declaración de Salud son verídicas y completas y que es mi conocimiento, que cualquier omisión, simulación o falsedad, anula de hecho el Contrato de Seguro y en consecuencia, toda la obligación de la Compañía. Además, el contratante deberá reintegrar a la Compañía los gastos en los que podría haber incurrido por la atención de su enfermedad preexistente no declarada. Los solicitantes declaran tener conocimiento que la Compañía se reserva el derecho de calificar y aceptar la presente solicitud y de proponer las condiciones de aseguramiento. Asimismo AUTORIZO a las CLÍNICAS, HOSPITALES así como a los MÉDICOS TRATANTES, INSTITUCIONES O CENTROS MÉDICOS O LABORATORIOS, para que suministren a Rímac Internacional toda la información que ésta requiera sobre la salud del titular, inclusive exámenes de laboratorio, copia de historia clínica o cualquier documento médico, dispensándolos del secreto profesional.

Fecha: ___ ___ ___

Firma del Asegurado